

# QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM NEOPLASIA MAMÁRIA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

## QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH BREAST CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPEUTIC TREATMENT

## CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON NEOPLASIA MAMÁRIA EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Sabrina Nunes Garcia<sup>1</sup>  
Jorge Vinícius Cestari Félix<sup>2</sup>  
Maria de Fátima Montovani<sup>2</sup>  
Mariluci Alves Maftum<sup>2</sup>  
Luciana Puchalski Kalinke<sup>2</sup>

**Objetivos:** investigar a qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico ambulatorial. **Método:** estudo analítico, longitudinal com 48 mulheres com neoplasia mamária. A coleta de dados ocorreu em três etapas, com os *Quality of Life Questionnaires - Core 30* e *Breast Cancer*. Foram utilizados os testes estatísticos de *Friedman*, Diferença Mínima Significativa, *Spearman* e *Kruskal-Wallis*; valores  $p < 0,05$  foram considerados significativos. **Resultados:** as funções física e social, a fadiga, náuseas e vômitos, a imagem corporal e os efeitos sistêmicos apresentaram resultados estatisticamente significantes durante a terapêutica, assim como a associação entre as variáveis idade e função física, e escolaridade e imagem corporal. **Conclusão:** a qualidade de vida das mulheres com neoplasia mamária foi comprometida em decorrência do tratamento quimioterápico ambulatorial.

**Descritores:** Enfermagem Oncológica. Qualidade de Vida. Neoplasias da Mama.

*Objectives:* to investigate the quality of life of women with breast cancer receiving outpatient chemotherapy. *Method:* longitudinal, analytical study with 48 women with mammary neoplasms. Data collection took place in three stages. The *Quality of Life Questionnaire - Core 30* and *Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer* were used. The *Friedman test*, the *Least Significant Difference*, *Spearman coefficient* and the *Kruskal-Wallis test* were used in the analyses;  $p$  values  $< 0.05$  were considered significant. *Results:* physical and social functions, fatigue, nausea and vomiting, body image and systemic effects showed statistically significant results during therapy, as well as the association between the variables age and physical function, and schooling and body image. *Conclusion:* the quality of life of women with breast cancer was compromised as a result of outpatient chemotherapy.

**Keywords:** Nursing Oncology. Quality of Life. Breast neoplasms.

**Objetivos:** investigar la calidad de vida de mujeres con neoplasia mamária en tratamiento quimioterápico ambulatorial. **Método:** estudio analítico, longitudinal con 48 mujeres con neoplasia mamária. La recolección de datos fue en tres etapas, con los *Quality of Life Questionnaires - Core 30* y *Breast Cancer*. Fueron utilizados los testes estadísticos de *Friedman*, *Diferencia Mínima Significativa*, *Spearman* y *Kruskal-Wallis*; valores  $p < 0,05$  fueron considerados significativos. **Resultados:** las funciones física y social, la fatiga, náuseas y vômitos, la imagen corporal y los efectos sistêmicos presentaron resultados estadísticamente significantes durante la terapêutica, así como la

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Oncológica. Mestre em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil. sgarcia@iop.com.br

<sup>2</sup> Enfermeiro(as). Professor(as) Adjunto(as) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. jvcfelix@hotmail.com; mfatimamontovani@ufpr.br; maftum@ufpr.br; lucianakalinke@yahoo.com.br

*asociación entre las variables edad y función física, y escolaridad e imagen corporal. Conclusión: la calidad de vida de las mujeres con neoplasia mamaria fue comprometida en decurrencia del tratamiento quimioterápico ambulatorial.*

*Palabras clave: Enfermería Oncológica. Calidad de Vida. Neoplasias de Mama.*

## Introdução

A neoplasia mamária é uma doença temida pelas mulheres. Comumente está associada à mutilação física e alterações no estilo de vida, ocasionadas pelo diagnóstico tardio e pelos efeitos sistêmicos do tratamento. É a segunda neoplasia mais frequente no mundo e a mais comum entre as mulheres. Considerada a primeira causa de óbito, por câncer, nessa população<sup>(1)</sup>.

Alvo de constantes implementos nas últimas décadas, a abordagem terapêutica para a neoplasia mamária é composta por intervenções locais e sistêmicas, utilizadas de forma independente ou concomitante. A cirurgia e a radioterapia são intervenções locais, que visam a remoção ou a destruição da neoplasia mamária. A quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica são intervenções sistêmicas, que buscam controlar ou destruir a neoplasia na extensão de todo o organismo<sup>(2)</sup>.

A quimioterapia antineoplásica representa um avanço na cura e no controle da neoplasia mamária, aumentando a expectativa e a qualidade de vida (QV), entretanto provoca toxicidade pelo seu efeito nocivo nas células do organismo. Diante do impacto físico, emocional e social provocado pela terapia oncológica, a inclusão de medidas que visem a melhoria da QV é crucial para avaliar as dimensões da doença e criar parâmetros para práticas assistenciais cotidianas nos serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

Embora exista uma gama de conceitos e opiniões sobre a definição de QV, por ainda não existir um consenso para tal, é notável que esses voltem-se para a percepção do paciente sobre a doença, o tratamento e seus efeitos, podendo abranger significados variados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) assim define QV: “A percepção do indivíduo em relação a sua posição na

vida, no contexto dos sistemas de cultura e valor em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”<sup>(4:1)</sup>.

Diante da crescente necessidade de melhor avaliar a QV das pacientes com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico, observa-se que a Oncologia necessita ainda de melhores condições que minimizem os efeitos indesejáveis do tratamento e favoreçam a abordagem humanizada. No Brasil, centros privados possibilitam, mais facilmente, o acesso às informações e aos serviços de saúde, o que favorece a procura por um profissional diante de qualquer anormalidade e, conseqüentemente, facilita a adoção de cuidados que proporcionam um viver mais saudável, com melhores condições de QV, diagnósticos precoces e tratamentos menos agressivos.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi investigar a QV de mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico ambulatorial.

## Método

Estudo analítico e longitudinal com 48 mulheres portadoras de neoplasia mamária que iniciaram o tratamento quimioterápico ambulatorial em uma clínica de referência em oncologia exclusiva para atendimento privado, no sul do Brasil, no período de outubro de 2012 a outubro de 2013. Critérios de elegibilidade: mulheres com diagnóstico histopatológico de neoplasia mamária; proposta de tratamento quimioterápico independente da linha de tratamento ou estadiológico da doença. Foram inelegíveis para o estudo: mulheres que não participaram nas três fases propostas de coleta de dados.

Durante a coleta de dados, 52 mulheres iniciaram o tratamento no serviço e todas, antes de

iniciar a quimioterapia, foram convidadas a participar do estudo. Entretanto, uma recusou-se a participar e três não completaram as fases da pesquisa. A população do estudo foi composta por 48 mulheres e foram aplicados e analisados 144 questionários. Cada participante respondeu os questionários de qualidade de vida em cada uma das três etapas do tratamento.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, CAAE 00552012.4.0000.0096, sob o Parecer número 5301.

Todas as mulheres convidadas a participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciar a coleta de dados, na qual foram utilizados três questionários: Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, aplicado no primeiro dia de tratamento; *Quality of Life Questionnaire - Core 30* (QLQ C30), específico para avaliar a QV geral dos pacientes oncológicos, composto por 30 itens, que abordam o estado de saúde global e a QV, divididos em cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas e seis itens individuais; e *Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer* (QLQ BR23) específico para pacientes com neoplasia mamária com 23 itens fragmentados em quatro escalas funcionais e quatro escalas de sintomas<sup>(5)</sup>.

Ambos os questionários da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), QLQ C30 e QLQ BR23, foram aplicados em três momentos distintos, constituindo-se a primeira etapa no primeiro dia de quimioterapia; a segunda de 40 a 50 dias após a primeira etapa; e a terceira etapa de 40 a 50 dias após a segunda. Tais etapas foram determinadas pela causalidade dos efeitos adversos.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram avaliados por frequência absoluta e relativa. Os resultados dos questionários de QV foram agrupados nas respectivas escalas, expressos em pontuações que variaram entre 0 e 100, conforme descrito no *Scoring Manual* da EORTC<sup>(6)</sup>. Para as escalas funcionais e para o estado geral da saúde, um escore maior representa maior

nível de funcionalidade e melhor estado geral, respectivamente. Para as escalas de sintomas, um escore maior representa maior número de sintomatologia ou problemas.

Posteriormente, foi aplicado o teste não paramétrico de *Friedman* em cada um dos escores, para comparação entre as etapas, complementado pelo teste de Diferença Mínima Significativa de comparações múltiplas (*p* valor). Resultados com valor de  $p < 0,05$  foram considerados significantes. Para a associação entre as variáveis sociodemográficas e as do QLQ C30 e QLQ BR23, foram aplicados os testes não paramétricos de *Spearman* e de *Kruskal-Wallis* (KW).

## Resultados

A média de idade das mulheres foi de 46 anos, com extremos de idade que apresentaram variação de 24 a 69 anos. Eram casadas ou em condição de união estável 66,5% e 90% possuíam de 1 a 3 filhos. Completaram o ensino superior 54% e 56,5% declararam-se ativas. No que se refere à renda familiar mensal e à renda *per capita*, constatou-se uma média de 12 salários mínimos, e quatro salários mínimos respectivamente, com base no salário mínimo vigente no período da coleta de dados (R\$678,00).

Em relação aos dados clínicos: o tempo entre a data do diagnóstico e o início de tratamento quimioterápico foi de 0 a 8 meses, com 35,5% das mulheres iniciando a terapêutica em até um mês após o diagnóstico; 62,2% das mulheres realizaram tratamento adjuvante, 39,5% possuíam estadió clínico III e 54% foram submetidas ao protocolo terapêutico baseado em antraciclinas e taxanos. Comorbidades eram presentes em 31,5% das mulheres, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica em 14,5%. Quanto aos hábitos de vida, 10,5% das pacientes eram fumantes, 12,5% ingeriam bebida alcoólica moderadamente e 56,5% não realizavam atividade física.

Os resultados referentes aos questionários QLQ C30 e QLQ BR23 coletados nas três etapas da pesquisa, podem ser visualizados nas Tabelas 1 e 2, com as variações das medidas descritivas em cada etapa.

**Tabela 1** – Dados descritivos do *Quality of Life Questionnaire – Core 30 (QLQ C30)* obtidos nas três etapas da pesquisa. Curitiba, Paraná, Brasil, 2014. (N=48)

Escore	1ª etapa			2ª etapa			3ª etapa		
	Média	Mín-Máx	Desvio Padrão	Média	Mín-Máx	Desvio Padrão	Média	Mín-Máx	Desvio Padrão
Qualidade de Vida global	76,22	0 - 100	22,21	75,17	33 - 100	16,89	73,96	33 - 100	18,56
<b>Escala Funcional</b>									
Função física	88,85	53 - 100	14,52	81,28	33 - 100	18,52	78,89	33 - 100	20,04
Desempenho pessoal	89,93	0 - 100	20,55	82,29	17 - 100	23,67	81,94	0 - 100	25,92
Função emocional	65,80	0 - 100	27,68	69,21	0 - 100	27,20	64,24	0 - 100	28,56
Função cognitiva	80,56	0 - 100	27,79	79,17	0 - 100	25,84	75,35	0 - 100	26,63
Função social	82,29	0 - 100	27,59	77,43	0 - 100	25,38	69,79	0 - 100	29,71
<b>Escala de Sintomas / Itens</b>									
Fadiga	15,28	0 - 100	22,06	29,86	0 - 100	24,49	32,18	0 - 100	24,61
Náusea e vômito	5,90	0 - 100	17,36	16,32	0 - 100	21,05	13,54	0 - 83	18,72
Dor	12,50	0 - 67	19,30	15,28	0 - 67	20,87	18,75	0 - 100	24,22
Dispneia	8,33	0 - 100	22,28	11,11	0 - 67	21,01	13,19	0 - 100	25,49
Insônia	35,42	0 - 100	32,55	31,91	0 - 100	36,75	34,03	0 - 100	33,33
Perda de apetite	13,89	0 - 100	27,36	15,97	0 - 67	20,62	13,89	0 - 67	21,56
Constipação	25,69	0 - 100	33,15	27,78	0 - 100	32,50	25,69	0 - 100	31,69
Diarreia	1,39	0 - 33	6,73	4,96	0 - 100	16,99	8,33	0 - 67	17,53
Dificuldades financeiras	15,28	0 - 100	28,32	10,42	0 - 67	19,64	14,58	0 - 100	24,70

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 2** – Dados descritivos do *Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer (QLQ BR23)* obtidos nas três etapas da pesquisa. Curitiba, Paraná, Brasil, 2014. (N=48)

Escore	1ª etapa			2ª etapa			3ª etapa		
	Média	Mín-Máx	Desvio Padrão	Média	Mín-Máx	Desvio Padrão	Média	Mín-Máx	Desvio Padrão
<b>Escala Funcional</b>									
Imagem corporal	90,43	0 - 100	19,50	75,00	0 - 100	27,98	72,57	0 - 100	27,98
Função sexual	65,96	0 - 100	27,13	65,58	0 - 100	25,19	65,93	0 - 100	28,19
Satisfação sexual	31,18	0 - 100	29,73	36,90	0 - 100	33,13	44,83	0 - 100	32,46
Perspectiva futura	46,53	0 - 100	40,53	45,14	0 - 100	39,79	45,83	0 - 100	37,43
<b>Escala de Sintomas</b>									
Efeitos sistêmicos	7,41	0 - 52	11,10	34,28	0 - 86	21,11	38,01	0 - 86	19,35
Sintomas da mama	22,05	0 - 75	21,50	17,53	0 - 100	21	16,38	0 - 50	15,25
Sintomas no braço	22,22	0 - 100	25,17	18,06	0 - 89	20,96	18,98	0 - 67	19,03
Perda de cabelo	3,92	0 - 33	11,07	45	0 - 100	40,33	34,29	0 - 100	43,15

Fonte: Elaboração própria.

A comparação dos resultados dos questionários QLQ C30 e QLQ BR23 estatisticamente significativos obtidos nas três etapas da pesquisa, podem ser visualizados na Tabela 3.

**Tabela 3** – Escores significativos do QLQ C30 e QLQ BR23 obtidos nas três etapas da pesquisa. Curitiba, Paraná, Brasil, 2014. (N=48)

<i>Quality of Life Questionnaire - Core 30 (QLQ C30)</i>									
Escores	1ª etapa	2ª etapa	p valor	1ª etapa	3ª etapa	p valor	2ª etapa	3ª etapa	p valor
<b>Escala Funcional</b>									
Função física	88,85	81,28	**	88,85	78,89	0,00056*	81,28	78,89	**
Função social	82,29	77,43	**	82,29	69,79	0,00551*	77,43	69,79	**
<b>Escala de Sintomas / Itens</b>									
Fadiga	15,28	29,86	0,00001*	15,28	32,18	0,00001*	29,86	32,18	**
Náusea e vômito	5,9	16,32	0,00046*	5,9	13,54	0,00046*	16,32	13,54	**
<i>Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer (QLQ BR23)</i>									
Escores	1ª etapa	2ª etapa	p valor	1ª etapa	3ª etapa	p valor	2ª etapa	3ª etapa	p valor
<b>Escala Funcional</b>									
Imagem corporal	90,43	75	0,00003*	90,43	72,57	0,00003*	75	72,57	**
<b>Escala de Sitomas</b>									
Efeitos sistêmicos	7,41	34,28	0,00001*	7,41	38,01	0,00001*	34,28	38,01	**

Fonte: Elaboração própria.

\* estatisticamente significativo; \*\* não significativo.

Após a análise descritiva dos dados apresentados, realizou-se a associação entre as variáveis sociodemográficas que divergiram do perfil encontrado na literatura, com as variáveis do QLQ C30 e QLQ BR23 que foram estatisticamente significativas em cada etapa do tratamento. As

associações foram realizadas nas três etapas da pesquisa, com o intuito de se verificar se impactaram na QV das mulheres e em que momento isso ocorreu, sendo possível observá-las na Tabela 4.

**Tabela 4** – Dados descritivos da associação entre variáveis sociodemográficas e variáveis do QLQ C30 e QLQ BR23 nas três etapas da pesquisa. Curitiba, Paraná, Brasil, 2014. (N=48) (continua)

<i>Quality of Life Questionnaire - Core 30 (QLQ C30)</i>							
Variáveis sociodemográficas	Variáveis	1ª etapa		2ª etapa		3ª etapa	
		Spearman	p valor	KW *	p valor	KW *	p valor
Idade	Função física	-0,159	0,281	-0,296	0,041**	-0,125	0,398
	Função social	-0,098	0,508	-0,133	0,368	0,111	0,451
	Fadiga	-0,009	0,949	0,016	0,911	-0,011	0,941
Ocupação	Função física	6,038	0,110	1,97	0,579	0,873	0,832
	Função social	3,938	0,268	3,425	0,331	0,006	0,999
	Fadiga	1,334	0,721	3,271	0,352	0,793	0,851

**Tabela 4** – Dados descritivos da associação entre variáveis sociodemográficas e variáveis do QLQ C30 e QLQ BR23 nas três etapas da pesquisa. Curitiba, Paraná, Brasil, 2014. (N=48) (conclusão)

<i>Quality of Life Questionnaire - Core 30 (QLQ C30)</i>							
Escolaridade	Função social	2,518	0,472	7,603	0,055	2,044	0,563
	Fadiga	3,034	0,386	7,661	0,054	4,845	0,183
<i>Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer (QLQ BR23)</i>							
Variáveis sociodemográficas	Variáveis	1ª etapa		2ª etapa		3ª etapa	
		<i>Spearman</i>	<i>p</i> valor	<i>KW*</i>	<i>p</i> valor	<i>KW*</i>	<i>p</i> valor
Idade	Efeitos tratamento	0,221	0,132	0,256	0,079	0,050	0,736
	Imagem corporal	-0,221	0,136	0,136	0,357	0,125	0,399
Ocupação	Efeitos tratamento	5,757	0,124	5,673	0,129	0,501	0,919
	Imagem corporal	5,285	0,152	0,366	0,947	4,556	0,207
Escolaridade	Imagem corporal	8,566	0,036 **	2,975	0,395	3,655	0,301

Fonte: Elaboração própria.

\* Kruskal-Wallis; \*\* estatisticamente significativo.

## Discussão

A neoplasia mamária, por ser uma experiência temerosa entre as mulheres, requer cuidados integrais e direcionados em cada fase da terapêutica. Por esse motivo, a Enfermagem Oncológica tem ampliado sua atuação junto a essas mulheres, com vistas a integrar a assistência realizada a melhores condições de QV, com um cuidado singular que atenda suas necessidades de maneira holística e facilite a sua adaptação ao momento vivenciado.

Os resultados deste estudo mostraram a ocorrência da neoplasia mamária em faixa etária inferior à média brasileira (50 anos), fato considerado pouco frequente na literatura, constituindo-se 5 a 7% dos casos<sup>(1,7)</sup>.

As estatísticas preditoras da neoplasia mamária em relação à idade estão se modificando e os resultados da pesquisa corroboram informações encontradas no estudo realizado na Califórnia, com predomínio das faixas etárias abaixo de 50 anos, e aumento do número de casos à medida que a idade das mulheres aumentava<sup>(8)</sup>. Entretanto, estudos se contrapõem aos achados desta pesquisa e apontam faixa etária acima de 50 anos, com média de idade entre as mulheres de 61,8 anos na Suécia<sup>(9)</sup>, 57 anos no Chile<sup>(10)</sup>,

58,4 anos na França<sup>(11)</sup> e 58 anos nos Estados Unidos<sup>(12)</sup>.

A neoplasia mamária em mulheres jovens ainda é pouco compreendida. Acredita-se que é uma doença biologicamente mais agressiva, com características histopatológicas adversas e prognósticos piores se comparados às mulheres com faixa etária acima de 50 anos<sup>(8)</sup>.

Outro fator importante que deve integrar as estratégias de prevenção e rastreamento está relacionado ao nível de escolaridade dessas mulheres. Neste estudo, há predominância do nível superior de escolaridade, divergindo dos resultados encontrados na literatura, em que o ensino fundamental e médio foram prevalentes<sup>(7,13-15)</sup>. O nível de escolaridade contribui com melhores condições de QV para as mulheres com neoplasia mamária. Favorece a compreensão de informações relacionadas ao diagnóstico precoce, ao tratamento e às alterações no modo de viver.

Mulheres economicamente ativas foram 56,5%, com média salarial familiar e *per capita* elevada, divergindo do padrão econômico encontrado na literatura brasileira<sup>(13,15)</sup>. Autores destacam a associação dessas variáveis com a escolaridade, visto que mulheres com níveis de escolaridade altos podem possuir melhores profissões/ocupações e rentabilidade, o que

subsídia melhor padrão socioeconômico. Esse fato favorece a terapêutica e contribui para melhores condições de vida e saúde<sup>(16)</sup>.

Em contraponto, mulheres economicamente ativas e produtivas sofrem maior impacto na QV diante do diagnóstico e tratamento, desencadeado pelo sentimento de impotência diante da doença, da vida social e familiar que fazem parte, temendo o futuro pela incerteza do presente, pois conciliam as atividades laborativas durante a terapêutica<sup>(15)</sup>.

Em relação aos hábitos de vida observados no presente estudo, destaca-se que as fumantes ou as mulheres que bebem bebidas alcólicas foram de 75% e 83,5%, respectivamente, e 56,5% das pacientes não realizaram atividade física. Para a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), alcoolismo e sedentarismo são fatores de risco para o câncer de mama, aumentando o risco para o desenvolvimento quando há associação entre eles. Entretanto, o tabagismo é atualmente reconhecido como uma substância cancerígena com evidência limitada de aumento do risco de câncer de mama em humanos<sup>(17)</sup>.

O tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento antineoplásico contribui com melhores resultados terapêuticos, maior sobrevida e melhores condições de QV. Neste estudo, o início da terapêutica em até um mês após o diagnóstico foi de 37,5% das mulheres e a média de tempo, 2,7 meses. Nos Estados Unidos, a média de tempo para início da terapia após o diagnóstico foi de 3 meses<sup>(18)</sup>, enquanto que no Canadá, foi de 1-2 meses<sup>(19)</sup> e no Reino Unido aproximadamente 2,5 meses<sup>(20)</sup>.

A QV é fator preditivo de bem-estar, além de ser uma preocupação constante em busca de uma vida saudável. Diante do impacto que o diagnóstico e o tratamento geram na vida da mulher com neoplasia mamária, é imprescindível que a QV seja valorizada e considerada em todas as fases da terapia. De acordo com o *Scoring Manual* da EORTC<sup>(6)</sup>, a QV é um construto amplo, subjetivo, e o estado geral de saúde encontrado no QLQ C30 deve ser utilizado como uma medida de síntese global da QV dos pacientes oncológicos.

No presente estudo, foi possível observar que o estado geral de saúde obtido com o QLQ C30 era considerado bom pelas participantes, mantendo-se acima de 70% em todas as etapas. Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos<sup>(12)</sup> e no Brasil<sup>(13)</sup> evidenciaram média superior a 80% em relação à QV geral das participantes, apontando boas condições de vida e de saúde para as mulheres acometidas. Estudos realizados na Suécia<sup>(9)</sup> e na Ásia<sup>(21)</sup> observaram que o estado geral de saúde era satisfatório entre as mulheres com neoplasia mamária, com média de 65% e 63,93%, respectivamente.

Analisando as escalas funcionais do QLQ C30, foi observado *déficit* nas funções física e social ao longo da terapêutica, com diminuição dos valores médios em cada etapa. Estes, foram estatisticamente significantes entre a primeira e a terceira etapas, denotando comprometimento na QV em relação a essas funções. Esses dados corroboram estudo realizado com 42 mulheres portadoras de neoplasia mamária no Brasil, em que as participantes apresentaram comprometimentos nos domínios de função física e social, com valores médios de 60,5% e 64,5%, respectivamente<sup>(3)</sup>.

Em contrapartida, estudo sueco observou escores superiores a 80% na função física entre as mulheres suecas e valores médios acima de 75% também para a função social, denotando não comprometimento da QV em relação a essas funções<sup>(9)</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado na Malásia, com valores médios acima de 75% para as funções física e social, o que caracteriza, de maneira positiva, a manutenção das condições de vida, das atividades sociais e de lazer entre as mulheres acometidas<sup>(22)</sup>.

A neoplasia mamária ainda é uma patologia estigmatizada, que conduz a mulher a perdas funcionais e alterações sociais relevantes, além de mudanças importantes no modo de viver, o que resulta em um expressivo impacto negativo na QV. Estar em tratamento especializado não exclui a possibilidade de a mulher manter suas atividades rotineiras, porém será necessária a adoção de alguns cuidados que englobem

medidas facilitadoras e a adaptem à realidade vivenciada, para prevenir complicações, estimular a independência e a autonomia frente às adversidades da neoplasia.

Analisando as escalas de sintomas do QLQ C30, foi observado aumento da sintomatologia referente à fadiga, náuseas e vômitos ao longo da terapêutica. Estudos realizados na Suécia<sup>(9)</sup> e na Índia<sup>(23)</sup> evidenciaram o sintoma fadiga como o de maior incidência entre as mulheres, comprometendo a QV em relação a esse domínio.

A medida mais eficaz para combater a fadiga é a realização de exercícios físicos regularmente, o que aumenta a capacidade funcional, reduz o estresse e melhora a QV das mulheres acometidas pela neoplasia mamária<sup>(24)</sup>. Para isso, é necessário que o enfermeiro estimule a realização de exercícios físicos diários, orientando a importância no combate à fadiga e a outros sintomas que podem comprometer o funcionamento diário e a QV.

É importante ressaltar que as características de cada mulher são próprias e podem intensificar ou atenuar a sintomatologia peculiar do tratamento. Nesta pesquisa, foi realizada a associação entre as variáveis sociodemográficas idade, ocupação e escolaridade com as variáveis função física, função social e fadiga do QLQ C30, em cada etapa do tratamento. A associação entre as variáveis idade e função física foi estatisticamente significativa na segunda etapa da pesquisa, denotando que as mulheres jovens apresentaram maior comprometimento físico. Tal fato é corroborado pela literatura, que aponta a ocorrência da neoplasia mamária em mulheres jovens como a de pior prognóstico, conduzindo a mulher a tratamentos agressivos e, por ora, mutilantes, predispondo ao comprometimento físico e limitante para a realização de práticas rotineiras, o que impacta na QV<sup>(14)</sup>.

A terapêutica instituída para a neoplasia mamária pode afetar diversas dimensões da vida feminina, estando diretamente relacionada à sintomatologia e à percepção da imagem corporal. Ao analisar as escalas funcionais do QLQ BR23 há um declínio estatisticamente significativo nos escores da imagem corporal ao longo da terapêutica. Esses dados contrapõem-se ao estudo

realizado nos Estados Unidos, que observaram escores médios entre 69% e 90% para a imagem corporal, denotando melhor enfrentamento das mulheres em relação à esse domínio<sup>(12)</sup>. Na França, embora os valores médios evidenciados mostrem-se altos, há um declínio após o início do tratamento (de 90% para 70%), indicando comprometimento da QV em decorrência da terapia<sup>(11)</sup>.

A alteração na imagem corporal é fator preocupante e individual para cada mulher, que percebe a neoplasia mamária como algo inesperado, ameaçador, capaz de atingir a integridade e a comprovação da existência feminina, uma vez que a mama representa o simbolismo e o conceito que a mulher faz de si mesma. A associação entre as variáveis escolaridade e imagem corporal foi estatisticamente significativa na primeira etapa, o que denota que mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram maior comprometimento da QV quando a imagem corporal foi alterada em decorrência da terapêutica<sup>(16)</sup>.

A importância que a mulher atribui à própria aparência física é destacado na literatura, além da necessidade de camuflar as alterações corporais de modo a preservar sua privacidade no convívio social ou de restaurar uma aparência próxima ao ideal de beleza e de feminilidade presentes na sociedade<sup>(25)</sup>.

O enfermeiro, por ser o profissional do cuidado, deve estabelecer uma relação afetiva e consciente com as pacientes, de modo a auxiliá-las no enfrentamento da tensão e na convivência com outras pessoas, além de ajudá-la a ajustar-se ao que não pode ser mudado momentaneamente, impactando positivamente em seu modo de viver.

Em relação às limitações do estudo, a falta de pesquisas com mulheres atendidas em instituições privadas dificulta os parâmetros para comparação, assim como o desenho do estudo, o número de participantes e o tempo estabelecido entre as fases e a coleta de dados.

## Conclusão

Esta pesquisa investigou possíveis impactos que a neoplasia mamária e o tratamento

antineoplásico acarretam à QV das mulheres. Estes foram percebidos na função física, na função social e na imagem corporal. Além disso, o surgimento sintomatológico da fadiga, náuseas e vômitos, efeitos secundários à terapia e alopecia também comprometeram a QV.

Destarte, o construto multidimensional da QV possibilita refletir-se sobre o cuidado realizado atualmente pela Enfermagem. A sintomatologia relacionada ao tratamento é o foco principal das orientações realizadas. Entretanto, monitorar o impacto da doença na perspectiva da paciente remete ao aprimoramento e à adequação das práticas realizadas, visando a promoção do bem-estar e a adaptação ao tratamento quimioterápico.

As ações de Enfermagem devem buscar o equilíbrio entre a manutenção das dimensões físicas, emocionais e sociais entre as mulheres acometidas, com o adequado manejo da sintomatologia, visando garantir uma assistência de Enfermagem individual, com enfoque não somente na ocorrência dos efeitos colaterais, mas nas condições de vida que devem ser mantidas apesar da terapêutica.

Ressalta-se que os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela, e não podem ser generalizados para toda a população com neoplasia mamária. Pesquisas adicionais são necessárias para que o enfermeiro possa melhor compreender e avaliar a QV das mulheres com câncer de mama, com o intuito de identificar possíveis intervenções que visem a sua manutenção e o seu bem estar.

No entanto, esta pesquisa corrobora as Políticas da Prática Clínica da Enfermagem e da Saúde que visam a assistência do paciente em seu conjunto, de maneira integral, considerando a sua própria percepção da terapia e o impacto que isso causa em sua vida.

### Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Sabrina Nunes Garcia e Luciana Puchalski Kalinke;
2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Sabrina Nunes Garcia,

Luciana Puchalski Kalinke, Jorge Vinícius Cestari Félix, Maria de Fátima Montovani e Mariluci Alves Maftum;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Sabrina Nunes Garcia e Luciana Puchalski Kalinke.

### Referências

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2014; [citado 2014 nov 10]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
2. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Quality of life of women recovering from breast cancer after being subjected to mastectomies compared with those who had conservative surgery: a review of the literature. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(3):707-16.
3. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO. Quality of life and daily activities performance after breast cancer treatment. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):93-100.
4. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva; 1997.
5. European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Home Page. Bélgica; 2011. [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://www.eortc.be>
6. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ C30 Scoring Manual 2001; 3rd ed. EORTC, Brussels: EORTC; 2001. [cited 2014 Nov 10]. Available from: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
7. Nunes RR, Silva SO, Ribeiro CDS, Campelo LML, Veras CMT. Casos de recidiva ou metástase de câncer de mama após três anos de tratamento. *Rev Interdisc.* 2013;6(1):80-7.
8. Keegan THM, DeRouen MC, Press DJ, Kurian AW, Clarke CA. Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. *Breast Cancer Res.* 2012;14(2):R55.
9. Hoyer M, Johansson B, Nordin K, Bergkvist L, Ahlgren J, Lidin\_Lindqvist A, et al. Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study. *Acta Oncol.* 2011;50(7):1015-26.

10. Irarrazaval ME, Rodriguez PF, Fasce G, Silva FW, Waintrub H, Torres C, et al. Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 em Chile. *Rev Med Chil.* 2013;141(6):723-34.
11. Anota A, Bascoul-Mollevi C, Conroy T, Guillemin F, Velten M, Jolly M, et al. Item response theory and factor analysis as a mean to characterize occurrence of response shift in a longitudinal quality of life study in breast cancer patients. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12(32):1-18.
12. Sio TT, Chang K, Jayakrishnan R, Wu D, Politi M, Malacarne D, et al. Patient age is related to decision-making, treatment selection and perceived quality of life in breast cancer survivors. *World J Surg Oncol.* 2014;12(230):1-8.
13. Guimarães AGC, Anjos ACY. Sociodemographic characterization and evaluation of quality of life in women with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(4):581-92.
14. Pinheiro AB, Lauter DS, Medeiros GC, Cardozo IR, Menezes LM, Souza RMB, et al. Breast cancer in young women: analysis of 12.689 cases. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(3):351-9.
15. Silva MM, Silva JA, Esteves LO, Mesquita MGR, Stipp MAC, Duarte SCM. Sociodemographic and clinical profile of people undergoing chemotherapy: support for nursing management. *Rev Eletrônica Enferm.* 2013;15(3):704-12.
16. Rosa LM, Radünz V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):713-21.
17. International Agency for Research on Cancer. List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, volumes 1 to 114\*. Geneva; 2015. [cited 2016 May 17]. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/Table4.pdf>
18. Vandergrift JL, Niland JC, Theriault RL, Edge SB, Wong Y, Loftus LS, et al. Time to adjuvant chemotherapy for breast cancer in National Comprehensive Cancer Network Institutions. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105(2):104-12.
19. Li X, Scarfe A, King K, Fenton D, Butts C, Winget M. Timeliness of cancer care from diagnosis to treatment: a comparison between patients with breast, colon, rectal or lung cancer. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(2):197-204.
20. Downing A, Twelves C, Forman D, Lawrence G, Gilthorpe MS. Time to begin adjuvant chemotherapy and survival in breast cancer patients: a retrospective observational study using latent class analysis. *The Breast J.* 2014;20(1):29-36.
21. Jassim GA, Whitford D. Quality of life of Bahraini women with breast cancer: a cross sectional study. *BMC Cancer.* 2013;13(212):1-14.
22. Yusuf A, Hadi ISA, Mahamood Z, Ahmad Z, Keng SL. Quality of life in Malay and Chinese women newly diagnosed with breast cancer in Kelantan, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(1):435-40.
23. Damodar G, Smitha T, Gopinath S, Vijayakumar S, Rao YA. Assessment of quality of life in breast cancer patients at a tertiary care hospital. *Arch Pharm Pract.* 2013;4(1):15-20.
24. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, Del Giglio A. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(2):211-9.
25. Santos DB, Vieira EM. Body image of women with breast cancer: a systematic review of literature. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(5):2511-22.

Recebido: 15 de agosto de 2016

Aprovado: 17 de maio de 2017

Publicado: 29 de junho de 2017